

(診察・検査・入院) 申込書

令和 年 月 日

ふりがな			患者 住所	〒 -	
患者 氏名		男 ・ 女			
生年 月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)			電話 番号	(自宅) - - (携帯) - -

保険者番号				大阪府済生会泉尾病院			
記号		番号		診療科： (科)			
				希望項目： (診察 ・ 検査 ・ 入院)			
被保険者氏名		負担	割	希望日： 年 月 日 ()			
有効期限	年 月 日			主治医の希望：(有 医師 ・ 無)			
公費負担①	負担			開放型病床 副主治医： (希望する ・ 希望しない)			
	受給			在宅管理料 算定： (有 ・ 無)			
公費負担②	負担			紹介元医療機関 医療機関名 住 所 医 師 名 T E L F A X 印			
	受給						
高齢受給者証	負担割合 割						

診療情報記載欄

主訴あるいは傷病名
紹介目的 ☐ 判読依頼
症状、診療経過、検査結果、等
現在の処方

※ 必要に応じて、別紙 診療情報提供書 等に記載して添付をお願い致します。 別紙添付 (有 ・ 無)